

**DANE WNIOSKODAWCY:**  ..........................................................

*miejscowość i data*

...............................................................................

*imię i nazwisko*

................................................................................

*PESEL*

................................................................................

*adres zamieszkania*

................................................................................

*nr telefonu*

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE ZBIORCZEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Działając: □ w imieniu własnym / □ jako przedstawiciel ustawowy / □ jako osoba upoważniona

zwracam się o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta:

Imię i nazwisko: ........................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Adres: .............................................................................................................................................................

□ w oryginale do wglądu w placówce CMiR KRIOSONIK

□ w oryginale z obowiązkiem zwrotu po wykorzystaniu

□ przez wydanie kopii

□ przez wydanie odpisu

□ przez wydanie wyciągu obejmującego ................................................................................................,

w formie\*

□ wydruku

□ poprzez przekazanie informatycznego nośnika danych z zapisaną dokumentacją (płyta CD/DVD)

□ poprzez dokonanie elektronicznej transmisji dokumentacji na adres e-mail

Wniosek dotyczy dokumentacji prowadzonej w komórce organizacyjnej Centrum Medycznego i Rehabilitacji KRIOSONIK np. ul. Wysockiego 51, 02-303 Warszawa:

□ Poradnia ............................................................ / □ Dział Fizjoterapii / □ Ośrodek Rehabilitacji Dziennej

w okresie od ............................... do ................................ .

Dokumentację □ odbiorę osobiście / □ proszę przesłać na adres: ...................................................................

.................................................................

*czytelny podpis*

*\* wypełnia się w przypadku dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej*